



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CEILÂNDIA  
CURSO DE ENFERMAGEM

ANÁLISE DOS ATENDIMENTOS EM PSIQUIATRIA NA EMERGÊNCIA DE UM  
HOSPITAL PÚBLICO DO DISTRITO FEDERAL

LUDIANNY TEIXEIRA DE VASCONCELOS

Brasília/DF  
2015



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CEILÂNDIA  
CURSO DE ENFERMAGEM

LUDIANNY TEIXEIRA DE VASCONCELOS

ANÁLISE DOS ATENDIMENTOS EM PSIQUIATRIA NA EMERGÊNCIA DE UM  
HOSPITAL PÚBLICO DO DISTRITO FEDERAL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à disciplina Trabalho de Conclusão de Curso em Enfermagem II da Universidade de Brasília – Faculdade de Ceilândia, como requisito para obtenção de título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Diane Maria Scherer Kuhn  
Lago

Brasília/DF  
2015



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - FACULDADE DE CEILÂNDIA

## FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DO TCCE II PELA BANCA EXAMINADORA (ORIENTADOR)

Curso de ENFERMAGEM

Acadêmico(a): \_\_\_\_\_

Título do TCC: \_\_\_\_\_

ASPECTOS AVALIADOS/pontos	Nota
1. Qualidade Técnica do Trabalho (0-2 pontos)	
2. Qualidade da Exposição Oral (0-1 pontos)	
3. Domínio do Conteúdo (0-2 pontos)	
4. Clareza e Coerência dos Objetivos da Pesquisa, Problemática, Métodos, Resultados e Discussão (0-3 pontos)	
5. Referencial Teórico/Revisão da Literatura e bibliografia (0-1 pontos)	
6. Assiduidade e compromisso (0-1 pontos)	
<b>NOTA</b>	

### COMENTÁRIOS/OBSERVAÇÕES:


Brasília, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura



## FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DO TCCE II PELA BANCA EXAMIINADORA (AVALIADOR)

Curso de ENFERMAGEM
Acadêmico(a): _____
Título do TCC: _____
_____

ASPECTOS AVALIADOS	NOTA
1. Qualidade Técnica do Trabalho (0-2 pontos)	
2. Qualidade da Exposição Oral (0-2 pontos)	
3. Domínio do Conteúdo (0-2 pontos)	
4. Clareza e Coerência dos Objetivos da Pesquisa, Problemática, Métodos, Resultados e Discussão (tanto no trabalho escrito quanto na apresentação oral) (0-3 pontos)	
5. Referencial Teórico/Revisão da Literatura e bibliografia (0-1 pontos)	
<b>NOTA</b>	

<b>COMENTÁRIOS/OBSERVAÇÕES:</b>

Brasília, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura



## FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DO TCCE II PELA BANCA EXAMIINADORA (AVALIADOR)

Curso de ENFERMAGEM
Acadêmico(a): _____
Título do TCC: _____
_____

ASPECTOS AVALIADOS	NOTA
1. Qualidade Técnica do Trabalho (0-2 pontos)	
2. Qualidade da Exposição Oral (0-2 pontos)	
3. Domínio do Conteúdo (0-2 pontos)	
4. Clareza e Coerência dos Objetivos da Pesquisa, Problemática, Métodos, Resultados e Discussão (tanto no trabalho escrito quanto na apresentação oral) (0-3 pontos)	
5. Referencial Teórico/Revisão da Literatura e bibliografia (0-1 pontos)	
<b>NOTA</b>	

<b>COMENTÁRIOS/OBSERVAÇÕES:</b>

Brasília, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - FACULDADE DE CEILÂNDIA

**FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO FINAL DO TCCE II  
ATA DA DEFESA DO TCCE II**

Curso de ENFERMAGEM	
Acadêmico(a): _____	
Título do TCC: _____	
_____	
Presidente da Banca: _____	
Avaliador 01: _____	
Avaliador 02: _____	
_____	
<b>Nota do Professor – Orientador</b>	
<b>Nota do Avaliador 1</b>	
<b>Nota do Avaliador 2</b>	
<b>Nota Final</b>	
<b>Menção</b>	
<b>COMENTÁRIOS / OBSERVAÇÕES:</b>	

Brasília, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Avaliador 1

\_\_\_\_\_  
Avaliador 2

\_\_\_\_\_  
Presidente da Banca

## **DEDICATÓRIA**

Ao meu querido filho Daniel Tsuyoshi de Vasconcelos Izawa Aida, meu maior motivo para continuar em frente todos os dias.

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente agradeço ao meu esposo Diego Izawa Aida pelo auxílio, carinho e companheirismo. Sem a sua ajuda eu não teria conseguido.

À minha orientadora Diane Maria Scherer Kuhn Lago pela paciência, incentivo e dedicação na elaboração deste trabalho, e principalmente por acreditar e confiar em mim durante esse processo.

À todos os professores que me ajudaram e contribuíram no meu processo de formação.

À minha sogra Atsuko Izawa Aida pelo apoio, suporte e companheirismo durante o período de elaboração deste trabalho.

Por fim, agradeço a todos que, mesmo não citados aqui contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional durante esses 5 anos de graduação.



## RESUMO

**Introdução:** A Reforma Psiquiátrica transformou a política de atenção à saúde mental criando a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que ampliou o acesso da população à atenção psicossocial. O hospital terciário em estudo, está inserido na Rede de Atenção de Urgência e Emergência sendo referência para emergências de comorbidades clínicas e cirúrgicas de pacientes com transtornos psiquiátricos. **Objetivo:** Analisar o atendimento aos usuários na área de psiquiatria do serviço de emergência de um hospital público do Distrito Federal. **Metodologia:** Estudo do tipo descritivo de caráter quantitativo, realizado por meio de coleta de dados em prontuário eletrônico de pacientes que foram atendidos pela psiquiatria na urgência/emergência entre Janeiro e Dezembro de 2014. **Resultados:** Foram realizados 2.394 atendimentos em psiquiatria na emergência, com uma média de 45,5 internações por mês. Do total, 1.972 pacientes foram atendidos tendo a primeira causa relacionada à psiquiatria e apenas 188 foram avaliados posteriormente por outras especialidades. A forma mais comum de chegar ao PS é espontaneamente, acompanhado ou trazido por familiar. As principais cores de classificação de risco conforme Protocolo Manchester foram amarela (34%), laranja (29,6%) e branco (15%). 41,3% dos atendimentos resultaram apenas em prescrição médica, sem internação ou outro procedimento. **Discussão:** Os resultados mostraram contradições da RAPS do DF com o protocolo do hospital, dado a inversão do fluxo do paciente e fluxo de atendimento. **Conclusão:** O hospital não atende com o perfil de um hospital terciário, pois absorve grande demanda da Atenção Básica, evidenciando uma falha na resolubilidade das mudanças instituídas com a Reforma Psiquiátrica.

**Descritores:** Psiquiatria; Saúde Mental; Serviços de Emergência Psiquiátrica; Serviços de saúde mental;

## **ABSTRACT**

**Introduction:** Psychiatric Reform turned attention to mental health policy creating the Psychosocial Care Network (RAPS) has extended people's access to psychosocial care. The tertiary hospital under study is inserted in Care Network of Emergency Department with reference to emergency medical and surgical comorbidities of patients with psychiatric disorders. **Purpose:** To assess service to users in psychiatry area of the emergency department of a public hospital in the Federal District. **Methodology:** descriptive study of quantitative approach, carried out through electronic medical records in data collection patients who were treated by psychiatry in urgent / emergency between January and December 2014. **Results:** We performed 2,394 consultations in psychiatry in emergency, with an average of 45.5 admissions per month. Of the total, 1,972 patients were seen with the first cause related to psychiatry and only 188 were evaluated subsequently by other specialties. The most common way to get to PS is spontaneously accompanied or brought by family members. The main colors of risk classification as Manchester Protocol were yellow (34%), orange (29.6%) and white (15%). 41.3% of cases resulted only in prescription without hospitalization or other procedure. **Discussion:** The results show the DF RAPS the contradictions with the hospital protocol, given the reversal of the patient's flow and service flow. **Conclusion:** The hospital does not meet the profile of a tertiary hospital, it absorbs great demand of Primary, indicating a failure in solving the changes instituted with the Psychiatric Reform.

**Descriptors:** Psychiatry; Mental health; Psychiatric Emergency Services; Mental health services;

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Perfil sociodemográfico da população atendida no na emergência psiquiátrica do HBDF no ano de 2014 em Brasília/DF. Distrito Federal, 2015.....	27
---	----

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Relação do total de atendimentos psiquiátricos e número de internações psiquiátricas por mês em 2014 no HBDF em Brasília/DF. Distrito Federal, 2015.....	29
--	----

## **LISTA DE SIGLAS**

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPSad – Centro e Atenção Psicossocial álcool e outras drogas

CBPM – Corpo de Bombeiro da Polícia Militar

CID 10 – Classificação Internacional de Doenças 10

COMPP – Centro de Orientação Médico Psicopedagógico

DISAM – Diretoria de Saúde Mental

ESF – Estratégia Saúde da Família

HBDF – Hospital de Base do Distrito Federal

HSVP – Hospital São Vicente de Paulo

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

PET – Programa de Educação Tutorial

PEP – Prontuário Eletrônico do Paciente

PNH – Política Nacional de Humanização

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

RIDE – Região Integrada de Desenvolvimento Econômico

RUE – Rede de Urgência e Emergência

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SES – Secretaria do Estado de Saúde

SRT – Serviços Residenciais Terapêuticos

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UIPHG – Unidade de Internação Psiquiátrica em Hospital Geral

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	14
2. OBJETIVOS .....	19
2.1. Objetivo geral .....	19
2.2. Objetivos específicos .....	19
3. MÉTODO .....	20
3.1. Tipologia.....	20
3.2. Local de estudo.....	20
3.3. População .....	21
3.4. Critérios de inclusão.....	21
3.5. Critérios de exclusão.....	21
3.6. Coleta dos dados.....	21
3.7. Análise dos dados .....	21
3.8. Aspectos éticos.....	22
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	23
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	30
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	31
APÊNDICE A: Formulário de coleta dos dados. ....	34
ANEXO A: Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.....	35

# 1. INTRODUÇÃO

O processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil constituiu-se como uma transformação política e social complexa, abrangendo um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores sociais e culturais favorecendo a criação de diversos programas e mudanças nos setores da saúde. A partir da criação da Rede de Atenção Psicossocial no país como parte integrante do Sistema Único de Saúde (SUS), organizou-se as ações e serviços públicos de saúde mental que passaram a ser constituídos por um complexo composto por Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Centros de Convivência, Ambulatórios de Saúde Mental e Hospitais Gerais (BRASIL, 2011b).

Segundo Barros, Tung e Mari (2010), as emergências psiquiátricas podem ser caracterizadas como uma condição em que há um distúrbio de pensamento, emoções ou comportamento, na qual um atendimento médico se faz necessário imediatamente, objetivando evitar maiores prejuízos à saúde psíquica, física e social do indivíduo ou eliminar possíveis riscos à sua vida ou de outros. Fazem parte dessa clientela, tanto indivíduos que possuem história de um transtorno psiquiátrico crônico, que se apresentam num momento de agudização, como pacientes sem história psiquiátrica pregressa, apresentando uma crise aguda.

Os serviços de emergências psiquiátricas caracterizam-se por um atendimento rápido e ágil, buscando caracterizar aspectos diagnósticos, etiológicos e psicossociais do quadro apresentado pelo paciente, viabilizando seu tratamento em curto, médio e longo prazos (BARROS; TUNG; MARI, 2010).

Com as políticas de desinstitucionalização geradas pela Reforma Psiquiátrica, os serviços de emergências psiquiátricas passaram a ser valorizados como unidades para o manejo de pacientes em quadros agudos, não se restringindo ao controle dos problemas comportamentais. O atendimento nos serviços de emergências psiquiátricas inclui uma avaliação diagnóstica acurada e instituição do tratamento adequado para o manejo da condição clínica subjacente às alterações psicopatológicas e comportamentais (BARROS; TUNG; MARI, 2010).

Partindo dessa reforma na atenção psiquiátrica, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) instituída pela Portaria GM/MS nº 3088 de 23 de Dezembro de 2011, tem como finalidade a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção

à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2011b).

A RAPS é formada por sete componentes, sendo eles, a Atenção Básica em Saúde (UBS/ESF/NASF), Atenção Psicossocial Especializada (CAPS, Ambulatórios), Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial. Dentro desses componentes, existem serviços como Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Centros de Convivência, Ambulatórios de Saúde Mental e Hospitais Gerais. No DF, entretanto, ainda não existem todos os serviços que compõem a rede, como os Centros de Convivência, assim, a estrutura da rede baseia-se nos pontos de assistência na Atenção Básica, Urgência e Emergência e Atenção Hospitalar (BRASIL, 2011b).

Dentro da atenção de urgência/emergência, que é um dos sete componentes da RAPS, os hospitais gerais de referência da rede são responsáveis pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com transtornos psiquiátricos (BRASIL, 2011b).

A inclusão de unidades de internação psiquiátrica em hospitais gerais (UIPHG) veio como uma proposta para a redução de estigmas e preconceitos com pacientes psiquiátricos, visando um atendimento amplo, universal e humanizado por meio da aproximação com as outras especialidades médicas (BARROS; TUNG; MARI, 2010).

O programa SOS Emergências visa principalmente apoiar as unidades hospitalares para a melhoria da gestão e da qualidade assistencial, por meio da implantação de dispositivos como a classificação de risco, gestão de leitos, implantação de protocolos clínico-assistenciais e administrativos, adequação da estrutura e ambiência hospitalar, regulação e articulação com o sistema de saúde (BRASIL, 2012).

Trata-se de uma estratégia prioritária para a implementação do Componente Hospitalar da RUE (Rede de Urgência e Emergência) para a qualificação da gestão e do atendimento de usuários do Sistema Único de Saúde nas maiores e mais complexas portas de entrada Hospitalares de Urgência do SUS. O programa funciona articulado com os demais serviços de urgência e emergência e dentre as



principais vantagens para o hospital, está a reorganização dos fluxos internos, melhoria das condições de trabalho para as equipes, monitoramento do tempo de espera para atendimento na emergência e para internação, controle e vigilância da taxa de ocupação e da média de permanência e uso dinâmico dos leitos hospitalares, promovendo a interface com as centrais de regulação de urgência e internação (BRASIL, 2013).

Essas vantagens para os hospitais resultam em alguns benefícios para os usuários, como a diminuição da superlotação e filas nos hospitais, menor tempo de permanência dos pacientes nas urgências, agilidade na realização de exames e internações, atendimento priorizado por critério de risco, humanizado e com acolhimento em todas as situações e oferta de condições adequadas de assistência com melhoria da infraestrutura (BRASIL, 2013).

No Distrito Federal, os atendimentos de emergências em saúde mental, de transtornos mentais não associados ao uso de substâncias psicoativas, são realizados em duas unidades de referência, sendo o hospital de Base, a referência para usuários com comorbidades clínicas e cirúrgicas graves associado à emergência psiquiátrica (SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, 2014).

De acordo com as diretrizes institucionais do SUS e a hierarquização dos serviços de saúde, o nível de complexidade terciário é constituído por hospitais normalmente ligados a universidades, com procedimentos de média e grande complexidade, servindo de referência aos demais níveis. O sistema de referência e contrarreferência podem ser definidos como uma forma de organizar os serviços em rede sustentada em critérios, fluxos e mecanismos de funcionamento. Por meio disso, a Unidade Básica de Saúde atua como a porta de entrada da população para os serviços de maior complexidade como os hospitais terciários, que são as unidades de referência. Quando o atendimento dessa unidade de referência é finalizado, o usuário é contrarreferenciado, sendo encaminhado de volta para o serviço de origem para a continuidade ao tratamento (BRASIL, 2011a).

Como parte integrante do SUS, o hospital realiza o atendimento da população por demanda espontânea por meio da avaliação com classificação de risco por meio do Protocolo Manchester, preconizado pela Política Nacional de Humanização (PNH). Essa política nos setor de urgência/emergência tem como principais objetivos acolher a demanda por meio de critérios de avaliação de risco, garantindo o acesso

referenciado aos demais níveis de assistência, comprometer-se com a referência e a contrarreferência, aumentando a resolução da urgência e emergência, provendo o acesso à estrutura hospitalar e a transferência segura, conforme a necessidade dos usuários, e definir protocolos clínicos, garantindo a eliminação de intervenções desnecessárias e respeitando as diferenças e as necessidades do sujeito (BRASIL, 2004).

A tecnologia de Avaliação com Classificação de Risco pressupõe a determinação de agilidade no atendimento a partir da análise, sob a óptica de protocolo pré-estabelecido, do grau de necessidade do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada. O protocolo de classificação de risco Manchester, é composto por cinco níveis de cores associadas às prioridades no atendimento. São elas: Vermelho, definido em prioridade zero como emergência, necessitando de atendimento imediato; Laranja, prioridade 1 definido como muito urgente; Amarelo, prioridade 2 definido como uma urgência, e com atendimento no máximo em 60 minutos; Verde, prioridade 3, caso não urgente sendo atendido em até 120 minutos; Azul, prioridade 4 sendo definido como consultas de baixa complexidade, e o tempo de espera pode variar até 3 horas de acordo com a demanda destes atendimentos, urgências e emergências (GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, 2013).

O hospital de Base adota ainda a cor branca, reservado à procedimentos eletivos e trocas de receita médica.

No entanto, na área de urgência/emergência, os níveis de complexidade preconizados para o atendimento são apenas vermelho, laranja, amarelo e verde. A cor azul deve ser atendida apenas em nível ambulatorial, o que constitui um erro na gestão desses setores do hospital geral (BRASIL, 2004).

A classificação de risco se constitui como um processo de humanização do atendimento na urgência/emergência, compreendendo a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde. A humanização no atendimento estabelece novos arranjos e pactos sustentáveis, envolvendo trabalhadores e gestores do SUS e fomentando a participação efetiva da população, provocando inovações em todas as práticas de cuidado e de gestão (BRASIL, 2009).

Associado ao sistema de Classificação de Risco, a referência e contrarreferência auxiliam na organização do atendimento dentro das Redes de Atenção à Saúde. A utilização dos sistemas de referência e contrarreferência visam

articular a comunicação entre os três níveis de atenção e os serviços de saúde, buscando a integralidade do cuidado, em uma rede regionalizada e hierarquizada com acesso igualitário e universal. Através disso, o hospital atua como a referência para atendimentos de maior complexidade, contrarreferenciando esse atendimento à unidade de origem (DAY, 2013).

Apesar de uma rede de atenção a saúde mental bem estruturada, os serviços de urgência/emergência ainda são considerados grandes motivos de preocupação no país devido ao seu uso crescente pela população. Fatores como demanda excessiva, inversão do fluxo de referência e contrarreferência geram uma diminuição da qualidade de assistência prestada e muitas vezes o não cumprimento do que é preconizado (OLIVEIRA, et al. 2011).

Portanto, a realização dessa pesquisa provém do interesse em conhecer as características da população psiquiátrica que frequenta o serviço de urgência/emergência do hospital atuando como uma ferramenta primordial para o planejamento de ações em saúde.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. Objetivo geral**

Analisar o atendimento aos usuários na área de psiquiatria do serviço de emergência de um hospital público terciário do Distrito Federal no ano de 2014.

### **2.2. Objetivos específicos**

- Identificar o perfil dos usuários atendidos na urgência/emergência do HBDF classificados como atendimento psiquiátrico no ano de 2014.
- Identificar o fluxo do paciente atendido em psiquiatria no HBDF conforme a Rede de Atenção Psicossocial no ano de 2014.
- Analisar o processo de acolhimento e classificação de risco dos pacientes atendidos na área de psiquiatria do setor de emergência do HBDF no ano de 2014.
- Identificar as condutas adotadas aos pacientes psiquiátricos admitidos na urgência/emergência do HBDF no ano de 2014.

### **3. MÉTODO**

#### **3.1. Tipologia**

Trata-se de um estudo do tipo descritivo de caráter quantitativo. A pesquisa quantitativa considera o que pode ser quantificável, o que significa traduzir em números, opiniões e informações para classificá-las e analisá-las. (KAUARK; MANHÃES; MEDEIROS, 2010).

#### **3.2. Local de estudo**

O estudo foi desenvolvido no setor de urgência/emergência do Hospital de Base do Distrito Federal, localizado no Setor Médico Hospitalar Sul (SMHS) em Brasília – DF no ano de 2014.

O HBDF se constitui como um hospital geral terciário da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) pertencente ao Sistema Único de Saúde (SUS), especializado na atenção ao trauma e doenças neurocardiovasculares e oncológicas (SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, 2014).

Ele está inserido na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), atuando como referência para emergências de comorbidades clínicas e cirúrgicas de pacientes com transtornos psiquiátricos, sendo suas vias de acesso à urgência/emergência por livre demanda ou referenciado de outras unidades de saúde (SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, 2014).

A via de acesso para o atendimento das urgências/emergências psiquiátricas no hospital se dá por meio do serviço de emergência por meio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência-SAMU, Corpo de Bombeiro da Polícia Militar-CBPM, referenciado pelo entorno por demanda espontânea (porta aberta) e/ou por referência de outras unidades de saúde de serviços da SES-DF (SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, 2014).

Ele também está inserido na Rede de Atenção de Urgência e Emergência, sendo constituída por SAMU, Sala de Estabilização, Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas, portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro e Unidades Básicas de Saúde. Como hospital geral terciário, é responsável em seu âmbito de atuação pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2011b).

Faz parte do programa SOS Emergências sendo o único hospital do Distrito Federal a integrar o programa juntamente com outros 30 hospitais de todo o país, que foi instituído pela Portaria GM/MS nº 1.663, de 6 de Agosto de 2012.

### **3.3. População**

A população do estudo foi composta por pacientes atendidos na área de psiquiatria do setor de urgência/emergência do HBDF e cuja admissão estava registrada no Prontuário Eletrônico no ano de 2014.

### **3.4. Critérios de inclusão**

Indivíduos com registro de admissão no setor de urgência/emergência para o atendimento em psiquiatria no HBDF no período entre janeiro e dezembro de 2014.

### **3.5. Critérios de exclusão**

Indivíduos admitidos na urgência/emergência do HBDF que não passaram pelo atendimento de psiquiatria, que foram admitidos no setor fora do período de estudo ou com os dados incompletos.

### **3.6. Coleta dos dados**

A coleta de dados foi realizada por meio do sistema de prontuário eletrônico “Trakcare” com o uso de um formulário previamente estabelecido (Apêndice A) no período de Novembro de 2014 a Junho de 2015.

### **3.7. Análise dos dados**

Os dados colhidos foram codificados e armazenados em banco de dados usando o programa Excel – Office 2010. Para análise dos dados foram utilizados as variáveis de sexo, idade, diagnóstico admissional segundo o CID 10, classificação de risco conforme Protocolo Manchester, cidade de procedência, turno de admissão, referência do paciente, conduta médica no atendimento e internações.. Foi utilizado a ferramenta de filtragem dos dados do programa Excel para o cruzamento das variáveis e realização das estatísticas.

### **3.8. Aspectos éticos**

Este estudo foi originado a partir do Programa de Educação Tutorial (PET) Redes – Emergências da Universidade de Brasília. O PET é um programa acadêmico direcionado a alunos regularmente matriculados em cursos de graduação. Ele objetiva envolver os estudantes que dele participam num processo de formação integral, propiciando-lhes uma compreensão abrangente e aprofundada de sua área de estudos.

O projeto foi realizado no período de Agosto de 2013 a Agosto de 2015, cujo objetivo consistia em analisar o perfil sócio demográfico e epidemiológico do paciente atendido na urgência/emergência do hospital geral terciário. Foram envolvidos estudantes de cinco cursos de saúde da Faculdade de Ceilândia e duas tutoras, professoras de dois cursos: Enfermagem e Saúde Coletiva.

Esta pesquisa foi desenvolvida após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (CEP/SES/DF), por meio do Parecer nº 270.517 de 27/05/2013 (Anexo A), conforme a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

## 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tem-se observado poucos estudos que visam analisar o perfil do paciente que procura atendimento em psiquiatria na urgência/emergência de hospitais. Desde a Reforma Psiquiátrica, existe a necessidade de analisar o número e perfil dos atendimentos nas urgências dos hospitais psiquiátricos ou gerais, servindo como indicadores da resolatividade dos serviços substitutivos (VOLPE et al, 2010).

De acordo com os dados coletados entre 01 de Janeiro a 31 de Dezembro de 2014, foram realizados no período, 2.394 atendimentos em psiquiatria na urgência/emergência do hospital de Base do DF, com uma média de 199,5 atendimentos por mês, representando 8,3% do total dos atendimentos do setor. No ano, 1.972 (82,4%) pacientes foram atendidos tendo a primeira causa relacionada à psiquiatria. Destes, apenas 188 (9,5%) foram avaliados posteriormente por médicos de outras especialidades em função das suas comorbidades.

Os resultados desse estudo demonstraram que o perfil dos pacientes que buscaram atendimento no hospital, foi constituído de maioria mulheres, com idade entre 18 e 59 anos, procedentes, principalmente, das diversas cidades satélites do DF, sendo que a minoria dos atendimentos foi a pacientes residentes nas cidades que compõem a Rede Integrada de Desenvolvimento do Entorno (RIDE). Esta informação é importante, pois contraria especulações de que a maioria fosse oriunda da RIDE/Entorno, o que causaria a superlotação nos hospitais do DF.

Quando realizado o cruzamento entre as variáveis coletadas em cada mês, foram observadas algumas peculiaridades quanto à relação entre sexo e idade. Na faixa etária de até 17 anos, o sexo prevalente foi masculino, diferenciando da maioria feminina de forma geral. Além disso, os pacientes menores de idade apresentaram CID's relacionados a transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substância psicoativa (F10-F19), ou seja, o perfil desses pacientes foi de meninos com diagnóstico de transtorno mental relacionado ao uso de entorpecentes.

Entretanto, essa mudança na prevalência de gênero pode ser explicada por estudos que demonstraram que mulheres que usam drogas procuram menos os serviços de tratamento que os homens, pela facilidade de esconder a dependência por mais tempo e estigma social que lhes são atribuídos (PEIXOTO, et al. 2010).

O grupo "F" do CID 10 que abrange F00-F99 está relacionado aos transtornos mentais e comportamentais. O grupo entre F00 e F09: transtornos mentais



orgânicos, inclusive os sintomáticos. Entre F10 e F19: transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substância psicoativa. F20 ao F29: esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes. F30 ao F39: transtornos do humor (afetivos). F40-F48: transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o “stress” e transtornos somatoformes. F50-59: síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos. F60-69: Transtornos da personalidade e do comportamento do adulto. F70-F79: retardo mental. F80-F89: transtornos do desenvolvimento psicológico. F90-F98: transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou adolescência. F99: transtorno mental não especificado (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2008).

Deve-se considerar ainda na coluna de diagnóstico do CID-10, uma parcela de pacientes que não foram diagnosticados na admissão, revelando uma falha dos profissionais quanto ao preenchimento dos dados do prontuário eletrônico do paciente (PEP), conforme demonstram os dados do quadro 2.

O diagnóstico mais frequente observado no período estudado foi relacionado a F40-F49 (12%), que constituem os transtornos neuróticos, transtornos relacionados ao estresse e transtornos somatoformes, evidenciando o atual estilo de vida da população, repleto de responsabilidades, cobranças e estresse organizacional. Atualmente vários fatores contribuem para o aumento desse diagnóstico na população, criando assim uma mudança do diagnóstico prevalente quando comparado a estudos relacionados como o de Volpe et al (2010) onde foi demonstrado maior frequência de diagnósticos de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes (F20-F29).

Foi observado que existe prevalência masculina apenas nos CID's F00-F09, F10-F19 e F70-F79 que representam, respectivamente, transtornos mentais orgânicos, transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substância psicoativa e por fim, retardo mental. Quanto ao diagnóstico F10-F19, é uma característica já conhecida em relação ao sexo masculino prevalecendo sobre o feminino. Esse fato está de acordo com estudos como de Peixoto et al (2010), onde foi constatado uma prevalência de pacientes do sexo masculino dependentes de substâncias psicoativas no CAPSad de Campo Grande (MS).

Um aumento na prevalência dos diagnósticos F00-F09 e F70-F79 pode estar ligado ao retardo mental e transtornos mentais relacionados a causas orgânicas que

podem ser provocadas pela velhice. Sabe-se que o envelhecimento proporciona maior suscetibilidade à perda de funções corticais, executivas, linguagem, praxia, gnose e função visuoespacial, resultando em transtornos mentais, retardo mental e outras patologias associadas a velhice (MORAES; MARINO; SANTOS, 2010).

Foram utilizados apenas os CID's do grupo "F", que são referentes a psiquiatria, portanto, pacientes com outros diagnósticos não foram considerados, resultando em 17,78% do total de atendimentos.

Os resultados mostraram que a forma mais comum do paciente chegar ao pronto socorro foi a espontânea (44,4%), acompanhado ou trazido por algum familiar, seguido de encaminhamento de outras unidades e por meio de ambulância. Isso demonstra que o hospital por ser um hospital de porta aberta, recebe mais demanda espontânea do que encaminhamentos para especialidades de maior complexidade, algo que também contradiz com o protocolo de Rede, onde o hospital terciário deve ser referenciado e contra-referenciado à outros serviços. Nesse caso, a maior forma de admissão desse hospital deveria ser por meio de encaminhamento formal por escrito ou encaminhamento por ambulância.

Quanto à prevalência da cor no Acolhimento com Classificação de Risco via Protocolo Manchester infere-se que apesar de ser um sistema ainda muito falho na classificação de pacientes psiquiátricos por não se adequar aos sintomas dos mesmos, a cor amarela foi a mais prevalente seguida da cor laranja, sendo essas consideradas classificações de urgência/emergência. Porém, pode-se observar que a cor branca foi a terceira classificação mais prevalente, constituindo 15% dos atendimentos. A cor branca classifica as pessoas que não correm risco no momento, buscando a emergência para troca de receitas ou atendimento eletivo e não um atendimento de urgência.

O protocolo Manchester, por ser um instrumento formulado para melhor organizar o fluxo de pacientes que procuram as portas de entrada de urgência/emergência, só é aplicado no hospital na porta de entrada de pacientes que estejam deambulando ou encaminhados/referenciados que não estejam contidos ou em situação de trauma. Nas salas de atendimento ao trauma do hospital em estudo, a classificação de risco se dá por meio do método START e, portanto, não foram computados neste estudo.

A partir disso, podemos inferir que a quantidade de atendimentos classificados como cor branca é inapropriado para um hospital de nível terciário,

sendo o foco deste, procedimentos clínicos ou cirúrgicos de média e grande complexidade de todas as especialidades (DINIZ, et al. 2014). Aumentando a contradição, percebe-se ainda o número extremamente baixo de classificados de cor vermelha, que deveriam ser mais prevalentes que procedimentos eletivos em uma urgência/emergência.

Nos dados relativos à sazonalidade, não foi observado um padrão quanto aos atendimentos psiquiátricos no referido hospital, assim como mudanças significativas na quantidade de pacientes atendidos mensalmente em decorrência da Copa do Mundo de 2014 realizada nos meses de Junho e Julho no Brasil. O gráfico 1 mostra a média e internações sem muitas variações durante o período. Porém, foi observado um maior fluxo de pacientes atendidos durante o período matutino.

Em relação a conduta, a maior parte dos pacientes atendidos apresentaram mais de uma conduta antes da alta médica, portanto, os dados da conduta encontram-se acima da quantidade de pacientes computados.

O campo descrito como encaminhado constituem os pacientes que foram encaminhados durante a consulta para outro hospital, CAPS, COMPP ou Adolescentro. O campo de prescrição é constituído por pacientes que receberam prescrição medicamentosa para tratamento domiciliar. Os pacientes que receberam medicamento no hospital antes da alta médica, prescrito durante a consulta são totalizados no campo de medicamento. E os pacientes que realizaram exames na emergência antes da alta médica por meio de solicitação durante a consulta constitui o campo de exames.

Avaliando a conduta médica dos atendimentos realizados, é destacada a grande quantidade de prescrições cedidas pelos profissionais, totalizando 41,3% dessa prática, o que também explica a quantidade de classificações de cor branca. Seguida a isso, tem-se a prescrição do medicamento para o uso no serviço de saúde, evidenciando assim a quantidade aproximadamente de pacientes medicados durante o atendimento.

Essas situações podem ser explicadas pelo grande uso de medicamentos utilizados na emergência para a estabilização do paciente em crise e o fornecimento de prescrições para o cuidado domiciliar após a alta médica. Além disso, percebe-se também uma grande quantidade de pacientes que são diretamente encaminhados a outras unidades, principalmente da Atenção Primária durante a

consulta, sem realizar nenhum procedimento no hospital, evidenciando assim, a inversão dos serviços, sendo visível a necessidade de informar à população quais são os serviços prestados pelo hospital geral, CAPS e atenção básica.

O quadro 1 apresenta os dados do perfil sociodemográfico da população atendida na emergência psiquiátrica do HBDF no ano de 2014 em Brasília/DF.

**Quadro 1 – Perfil sociodemográfico da população atendida na emergência psiquiátrica do HBDF no ano de 2014 em Brasília/DF.**

	Feminino		Masculino		Total	
	n(1352)	%	n(1042)	%	n(2394)	%
<b>Faixa etária</b>						
Até 17	173	12,8	179	17,2	352	14,7
18 – 59	968	71,6	764	73,3	1734	72,4
≥ 60	211	15,6	99	9,5	310	12,9
Total	1352	100	1042	100	2394	100
<b>Diagnóstico CID-10</b>						
F00 - F09	43	3,18	47	4,5	90	3,7
F10 - F19	30	2,2	88	8,4	118	4,9
F20 - F29	145	10,7	131	12,6	276	11,5
F30 - F39	216	15,9	71	6,8	287	11,9
F40 - F48	203	15	85	8,1	288	12
F50 - F59	4	0,3	0	0	4	0,17
F60 - F69	29	2,1	2	0,2	31	1,3
F70 - F79	20	1,5	31	2,9	51	2,1
F80 – F89	3	0,22	5	0,48	8	0,33
F90 – F99	12	0,89	10	0,96	22	0,92
Não consta	491	36,3	310	29,7	801	33,4
Total	1196	49,38	780	74,64	1976	82,22
<b>Cidade de procedência</b>						
Satélites*	1025	75,8	772	74,1	1797	75,1
Brasília**	146	10,8	129	12,4	275	11,5
Entorno/RIDE***	132	9,8	104	9,9	236	9,8
Morador de Rua	9	0,7	8	0,8	17	0,7
Outros Estados (GO, MG, BA)	40	2,9	29	2,8	69	2,9
Total	1352	100	1042	100	2394	100
<b>Classificação de risco (Manchester)</b>						
Vermelho	10	0,7	4	0,4	14	0,6
Laranja	385	28,5	331	31,8	716	29,9
Amarelo	492	36,4	329	31,6	821	34,3
Verde	178	13,2	138	13,2	316	13,2
Azul	8	0,6	7	0,7	15	0,6
Branco	185	13,7	181	17,4	366	15,3
Não consta	94	6,9	52	4,9	146	6,1
Total	1352	100	1042	100	2394	100

Turno de admissão						
Manhã	556	41,1	423	40,6	979	40,9
Tarde	318	23,5	233	22,4	551	23
Noite	478	35,4	386	37	864	36,1
Total	1352	100	1042	100	2394	100
Referência						
Espontâneo/Família	654	48,4	410	39,3	1064	44,4
Carro Particular	106	7,8	69	6,6	175	7,3
Encaminhados formalmente de outros hospitais e CAPS's	266	19,7	168	16,1	434	18,1
Polícia	2	0,1	28	2,7	30	1,3
Ambulância	240	17,8	208	20	448	18,7
SAMU	22	1,6	23	2,2	45	1,9
Bombeiro	19	1,4	22	2,1	41	1,7
Não consta	43	3,2	114	11	157	6,6
Total	1352	100	1042	100	2394	100
Conduta						
Encaminhado	367	27,1	254	24,4	621	25,9
Prescrição	580	42,9	409	39,2	989	41,3
Medicamento	480	35,5	352	33,8	832	34,7
Exames	281	20,8	192	18,4	473	19,7

\*Foram consideradas Cidades Satélites: Gama, Taguatinga, Brazlândia, Sobradinho, Planaltina, Paranoá, Núcleo Bandeirante, Ceilândia, Guará, Cruzeiro, Samambaia, Santa Maria, São Sebastião, Recanto das Emas, Lago Sul, Riacho Fundo, Lago Norte, Candangolândia, Águas Claras, Riacho Fundo II, Sudoeste/Octogonal, Varjão, ParkWay, SCIA/Estrutural, Sobradinho II, Jardim Botânico, Itapoã, SIA, Vicente Pires e Fercal.

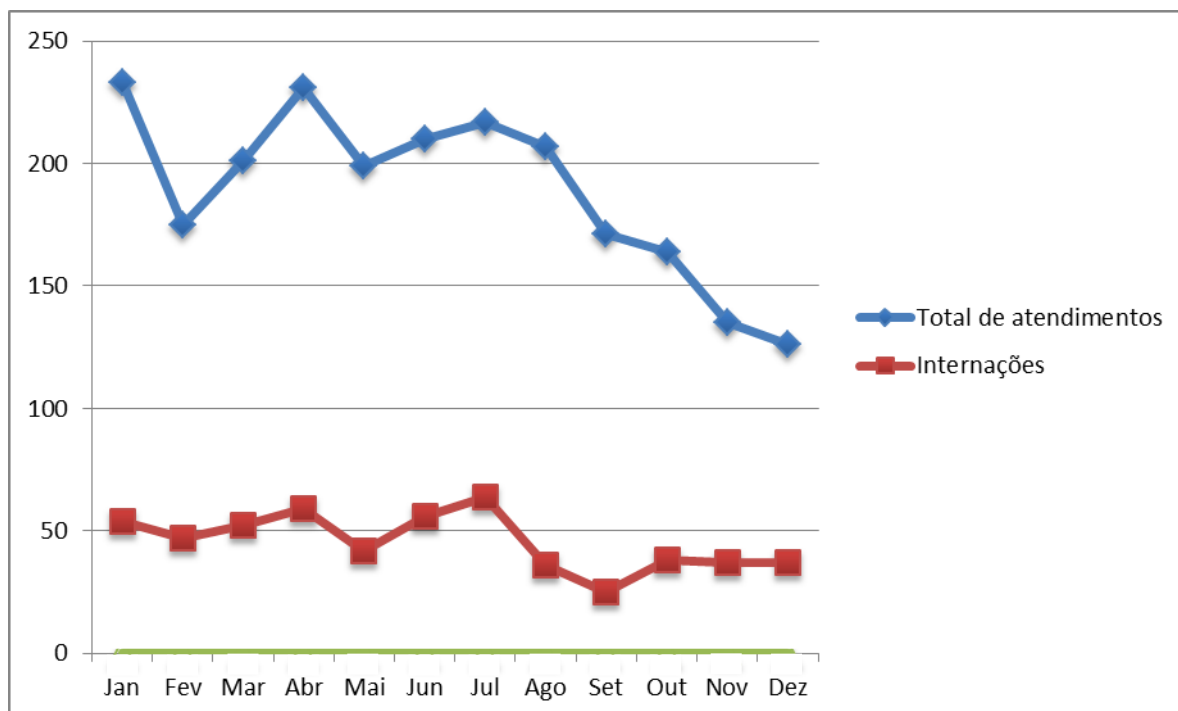
\*\*Foi considerado Brasília, residentes com endereço constando Brasília, Plano Piloto, Asa Norte, Asa Sul e Vila Planalto.

\*\*\*De acordo com a Lei Complementar n.º 94, de 19 de fevereiro de 1998, a Região Integrada de Desenvolvimento Econômico (RIDE) é composta pelos seguintes municípios: Abadiânia, Água Fria de Goiás, Águas Lindas de Goiás, Alexânia, Cabeceiras, Cidade Ocidental, Cocalzinho de Goiás, Corumbá de Goiás, Cristalina, Formosa, Luziânia, Mimoso de Goiás, Novo Gama, Padre Bernardo, Pirenópolis, Planaltina, Santo Antônio do Descoberto, Valparaíso de Goiás e Vila Boa.

Ao final do período de coleta, ou seja, dos 2.394 atendimentos, foram identificados um total de 547 internações, resultando em uma média de 45,6 internações ao mês, conforme ilustrado no gráfico 1.

Portanto, essa quantidade de internações representa aproximadamente 23% da população atendida ao longo do ano. Mais especificamente, pode-se dizer que, 2% dos pacientes atendidos durante um mês são internados. Considerando a média de atendimentos por mês, pode-se dizer que dos pacientes atendidos, poucos são internados no hospital, pois representa uma minoria dos atendimentos.

**Gráfico 1 – Relação do total de atendimentos psiquiátricos e número de internações psiquiátricas por mês em 2014 no HBDF em Brasília/DF.**



Através desses achados, pode inferir que ainda não há evidências que a Rede Psicossocial do DF está funcionando de forma articulada entre os serviços como é preconizado.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com os preceitos da RAPS, a porta de entrada desses pacientes deveria ocorrer em nível de Atenção Primária, através dos CAPS's e UBS's, porém, a falta de informação da população e até mesmo dos profissionais quanto ao funcionamento da rede, impede que esse fluxo seja seguido adequadamente pelo usuário.

No que se refere à gravidade dos casos atendidos na emergência, foi demonstrado ainda uma grande porcentagem de classificações inapropriadas para um hospital de nível terciário, transformando esse setor praticamente em ambulatório de apoio 24 horas, não caracterizando uma urgência devido a pouca quantidade de casos de real emergência com surto psiquiátrico ou com necessidade de atendimento em consequência de comorbidade clínica ou cirúrgica, como preconiza a RAPS ao nível hospitalar.

Foi demonstrado também que a maioria dos pacientes são primeiramente avaliados pelo próprio psiquiatra, não passando anteriormente por profissional médico de outra especialidade, com os casos sendo solucionados sem outras avaliações. Existe assim, uma contradição quanto ao tipo de atendimento do hospital, onde a especialidade de psiquiatria deveria ser requisitada apenas por meio de encaminhamentos e pedido de parecer após a admissão do paciente. Junto a isso, tem-se uma grande quantidade de atendimentos com condutas descritas apenas com prescrição de medicamentos seguido de alta médica, reforçando a ideia do funcionamento de um ambulatório e não um setor de emergência.

Dentre as limitações encontradas para a pesquisa, deve ser ressaltada a questão do preenchimento correto e completo do Prontuário Eletrônico, que apesar da sua importância para o paciente e até mesmo para o profissional como uma forma de respaldo, ainda é muito negligenciado e tratado como algo não obrigatório.

Com isso, pode-se concluir que o HBDF não atende ao critério de hospital terciário, pois absorve uma grande demanda que deveria ser atendida em ambulatórios ou na Atenção Primária. O fluxo do paciente psiquiátrico atendido na emergência não condiz ao preconizado pela RAPS, evidenciando uma falha na rede quanto resolutividade nas mudanças instituídas com a Reforma Psiquiátrica.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARROS, R. E. M.; TUNG, T. C.; MARI, J. J. Serviços de emergência psiquiátrica e suas relações com a rede de saúde mental brasileira. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 32, Supl. 2, out., 2010.

BRASIL. Lei Complementar, no. 94, de 19 de fevereiro de 1998. Autoriza o Poder Executivo a criar a Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno - RIDE e instituir o Programa Especial de Desenvolvimento do Entorno do Distrito Federal, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 de fevereiro de 1998.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Rede Humaniza SUS. **Referência e Contra-Referência**. Brasília, 2011a. Disponível em: <<http://www.redehumanizasus.net/glossary/term/131>>. Acesso em: 15 out. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf)>. Acesso em: 10 out. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização**: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **SOS Emergências**. 2013. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/s-o-s-emergencias>>. Acesso em: 11 out. 2014

\_\_\_\_\_. **Portaria n.1663, de 6 de Agosto de 2012**. Dispõe sobre o Programa SOS Emergências no âmbito da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE).



Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 07 ago. 2012. Seção 1, p. 32.

\_\_\_\_\_. **Portaria n.3088, de 23 de Dezembro de 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 20 jun. 2011b. Seção 1, p. 64.

DINIZ, A. S. et al. Demanda clínica de uma unidade de pronto atendimento, segundo o protocolo de Manchester. **Rev. Eletr. Enfermagem**, v. 16, n. 2, p. 312-320. abr./jun. 2014. Disponível em: <[https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v16/n2/pdf/v16n2a06.pdf](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v16/n2/pdf/v16n2a06.pdf)>. Acesso em: 5 out. 2015.

DAY, C. B. **Contrarreferência de usuários de um serviço de urgência para estratégias de saúde da família de Porto Alegre.** 2013. 133p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2013. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/76779/000894790.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 06 nov. 2014.

GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO. Sistema Manchester de Classificação de Risco. 2013. Disponível em: <<http://gbcr.org.br/>>. Acesso em: 20 nov. 2015.

KAUARK, F.; MANHÃES, F. C.; MEDEIROS, C. H. **Metodologia da pesquisa: guia prático.** Bahia: Via Litterarum, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Raps- Rede de Atenção Psicossocial.** Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/803-sas-raiz/daet-raiz/saude-mental/l2-saude-mental/12588-raps-rede-de-atencao-psicossocial>>. Acesso em: 09 out. 2014.

MORAES, E. N.; MARINO, M. C. A.; SANTOS, R. R. Principais síndromes geriátricas. **Rev. Med. Minas Gerais**, v. 20, n. 1, p. 54-66. 2010. Disponível em: <[http://www.cetin.com.br/artigos/5sindromes\\_geriatricas.pdf](http://www.cetin.com.br/artigos/5sindromes_geriatricas.pdf)>. Acesso em 2 out. 2015.

OLIVEIRA, G. N. et al. Perfil da população atendida em uma unidade de emergência referenciada. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. maio./jun. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt\\_14](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt_14)>. Acesso em: 29 out. 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **CID 10 - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. 2008. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>>. Acesso em: 25 out. 2015.

PEIXOTO, C. et al. Impacto do perfil clínico e sociodemográfico na adesão ao tratamento de pacientes de um Centro de Atenção Psicossocial a Usuários de Álcool e Drogas (CAPSad). **J. Bras. Psiquiatria**. v. 59, n. 4, p. 317-321. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v59n4/08.pdf>>. Acesso em: 21 set. 2015.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. **Diretoria de Saúde Mental**. 2014. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/programas/536-diretoria-de-saude-mental-disam.html>>. Acesso em: 11 out. 2014.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO PARANÁ. **A Rede de Atenção à Urgência e Emergência**. 2012. Disponível em: <[http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/APSUS\\_\\_Ed.\\_Permanente/Oficina\\_03/APSUS\\_Classificacao\\_Risco\\_APS2012.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/APSUS__Ed._Permanente/Oficina_03/APSUS_Classificacao_Risco_APS2012.pdf)>. Acesso em: 20 set. 2015.

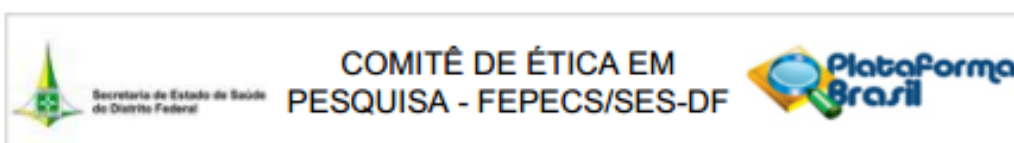
SILVA, T. L. et al. Perfil de internações hospitalares em unidade psiquiátrica de um hospital geral. **Rev. Min. Enfermagem**, v. 18, n. 3, p. 652-659. 2014. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/952>>. Acesso em: 18 set. 2015.

VOLPE, F.M. et al. Perfil da clientela atendida em um serviço público de urgência psiquiátrica no município de Belo Horizonte, Brasil, no período de 2002 a 2007. **J. Bras. Psiquiatria**. Rio de Janeiro, v. 59, n. 3, p. 203-209. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v59n3/a06v59n3.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2015.

**APÊNDICE A:** Formulário de coleta dos dados.

[illegible]

## ANEXO A: Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Análise do Perfil de Atendimento em Emergências Psiquiátricas de um hospital público e a sua inserção na Rede Psicossocial do Distrito Federal

**Pesquisador:** DIANE MARIA SCHERER KUHN LAGO

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 16170513.2.0000.5553

**Instituição Proponente:** DISTRITO FEDERAL SECRETARIA DE SAUDE (HOSPITAL DE BASE DO

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 270.517

**Data da Relatoria:** 27/05/2013

#### Apresentação do Projeto:

Como forma de humanização do serviço e apoiada na Lei 10.216/02, a Política Nacional de Saúde Mental busca um modelo que verdadeiramente alcance a comunidade e lhe atenda de forma mais abrangente, visando um modelo menos rígido e mais aberto, baseado nas necessidades da própria comunidade. Sendo o Hospital de Base- DF um centro de referência e ensino, não poderia deixar de prestar atenção a um tema tão importante para a comunidade e para os próprios profissionais de saúde ali inseridos, de forma a ampliar o conhecimento na área, tornando possível um atendimento de qualidade ao paciente com transtorno.

#### Objetivo da Pesquisa:

Analisar o perfil sócio demográfico e epidemiológico do paciente atendido na urgência/emergência do HBDF, com ênfase no enfrentamento do álcool, crack e outras drogas.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Apresentados

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo transversal com abordagem quantitativa a ser realizada no período de agosto de 2013 a agosto de 2014. A amostra do estudo será

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS  
Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-804  
UF: DF Município: BRASILIA  
Telefone: (61)3325-4955 Fax: (33)3325-4955 E-mail: cepesdf@saude.df.gov.br



Continuação do Parecer: 270.517

constituída por aproximadamente 150 pacientes com transtornos mentais decorrentes, ou não, do consumo de álcool, crack e outras drogas que forem atendidos no Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF), conforme autorizado pelo responsável. Serão coletados semanalmente dados primários e secundários por meio dos prontuários e análise da referência e contra referência com os outros pontos de atenção da rede. Serão analisadas as variáveis demográficas (sexo, idade, escolaridade, naturalidade e tipo de moradia) e as variáveis relativas ao tratamento e sua continuidade. Os dados serão analisados segundo a frequência absoluta e relativa e serão ilustradamente demonstrado em forma de gráficos e será elaborado o mapa de distribuição dos pacientes na rede de atenção do DF.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos devidamente apresentados

**Recomendações:**

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

aprovado

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

BRASILIA, 13 de Maio de 2013

---

**Assinador por:**  
**Maria Rita Carvalho Garbi Novaes**  
 (Coordenador)

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS  
 Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-904  
 UF: DF Município: BRASILIA  
 Telefone: (61)3325-4955 Fax: (33)3325-4955 E-mail: cepesdf@saude.df.gov.br